

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

179

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 mai 1892, à 1 heure.

Par GEORGES FOURREY

Né à Joigny (Yonne), le 17 décembre 1862

Externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

CONJONCTIVITE GRANULEUSE

SCARIFICATIONS — CURETAGE — BROSSAGE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. POUCHET, professeur

PEYROT

SCHWARTZ

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 mai 1892, à 1 heure.

Par GEORGES FOURREY

Né à Joigny (Yonne), le 17 décembre 1862

Externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

CONJONCTIVITE GRANULEUSE

SCARIFICATIONS — CURETAGE — BROSSAGE

Président : M. DUPLAY, professeur

Juges : MM. POUCHET, professeur

PEYROT

SCHWARTZ

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUTIN.

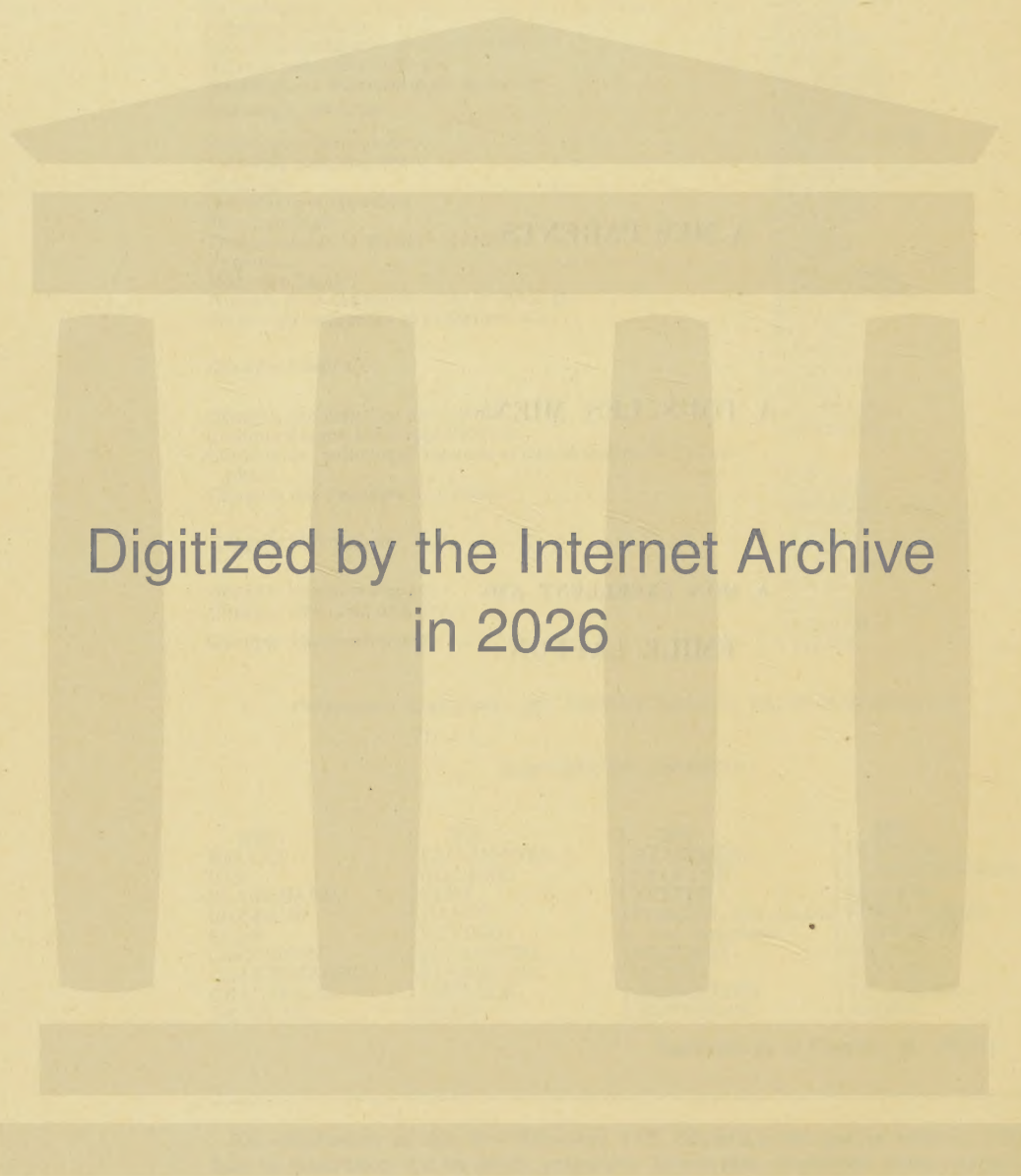
Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MON EXCELLENT AMI

ÉMILE LAFFON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552005_0031

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

CONJONCTIVITE GRANULEUSE

SCARIFICATIONS — CURETAGE — BROSSAGE

INTRODUCTION

Ayant assisté en août 1890 aux premières tentatives de traitement chirurgical des granulations faites par M. le Dr Darier et lui ayant servi d'aide dans ses dernières opérations à sa clinique de St-Denis, nous avons été alors comme aujourd'hui frappé par la rapidité et par l'excellence des résultats obtenus en même temps que par la durée des guérisons. Jamais aucun traitement n'a, que nous sachions, donné des résultats comparables dans une des maladies oculaires qui fait le plus de victimes. C'est ce qu'a bien compris M. le Dr Abadie avec sa grande expérience en la matière, quand il a vu les malades opérés par M. Darier et ceux opérés ensuite par lui-même. Il a vu de suite toute l'importance du *traitement chirurgical du trachôme* et n'a pas craint de dire au *Congrès de la Société Française d'Ophthalmologie* que le brossage dans la conjonctivite granuleuse

était une des plus précieuses conquêtes de la thérapeutique oculaire.

Nous avons cru utile de faire, sous la direction de notre maître et ami M. le D^r Darier une étude détaillée et consciencieuse du traitement des granulations conjonctivales, en nous gardant, autant que possible de tout parti pris ; mais nous ne le cacherons pas, la comparaison des résultats obtenus par les traitements classiques avec ceux obtenus par le brossage est en tous points favorable à ce dernier mode de traitement.

Loin de nous l'idée que par le traitement chirurgical on obtiendra toujours une guérison radicale et infaillible, pas plus qu'on obtient la guérison certaine du lupus par un procédé chirurgical quelconque. Il est des maladies microbiennes locales contre lesquelles la lutte est longue et difficile, et le trachôme est de ce nombre.

Nous partons d'abord de ce principe pour notre étude, c'est de ne considérer ici que la conjonctivite granuleuse arrivée à ce point de développement que toute hésitation au sujet du diagnostic soit absolument impossible. Aussi laisserons-nous de côté certaines tentatives de brossage faites à titre d'essai dans différentes conjonctivites bâtarde, rebelles aux traitements ordinaires.

Avant de commencer ce travail qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements aux maîtres et professeurs que nous avons eus dans les différents hôpitaux de Paris.

A M. le D^r Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, qui dès le début de nos études a bien voulu nous prendre comme préparateur et durant notre séjour à l'École

de médecine, nous a aidé de ses conseils et honoré de son amitié.

A M. le D^r Reynier, chirurgien des hôpitaux en qui nous avons trouvé un maître aussi habile que dévoué.

A MM. Mesnet, Danlos, Roques, Legroux, Barié, dont nous avons été l'externe et auprès de qui nous avons travaillé.

Enfin que M. Champetier de Ribes, avec qui nous avons passé un an à la Maternité de l'hôpital Tenon, veuille bien agréer nos remerciements.

Nous ne terminerons pas cette liste sans prier M. Duplay, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, d'agréer l'assurance de notre respectueuse considération.

Quant à MM. Abadie et Darier, à qui nous devons l'idée et les éléments de ce travail, nous leur présentons nos plus sincères remerciements. Nous n'oublierons pas que c'est grâce aux conseils du D^r Abadie, que nous avons pu entreprendre ce travail. Nous n'oublierons pas surtout que c'est avec l'aide du D^r Darier, dont nous avons été l'élève, que nous l'avons élaboré et terminé. En lui nous avons trouvé non seulement cette sympathique attention qui rend moins pénible au début l'ophtalmologie, mais encore ces conseils si précieux, cette habile compétence dont nous avons essayé de donner un aperçu dans notre travail.

Division du sujet.

Nous étudierons d'abord brièvement l'historique de la question, surtout au point de vue chirurgical et nous tenons à ce point de vue à rendre hommage à M. le professeur Sattler auquel nous avons emprunté toute la partie historique de notre thèse.

Nous avons ensuite essayé d'établir comment nous concevons la pathogénie du trachôme et les considérations prophylactiques qui en découlent ainsi que le traitement avec ses indications et ses contre-indications.

L'étude du procédé opératoire sera naturellement le point capital de notre travail; nous avons tenu après l'avoir vu pratiquer par M. le Dr Darier, à l'appliquer nous-même sous la direction de notre maître pour en bien connaître toutes les difficultés. Pour le mieux décrire nous n'avons pas craint de citer en détail les dernières observations que nous avons recueillies.

Puis nous avons recherché le plus grand nombre des malades anciennement opérés pour pouvoir donner le résultat après plus d'un an de guérison, chose que nous considérons comme de la plus haute importance dans une maladie telle que le trachôme : maladie presque aussi sujette aux rechutes que le lupus lui-même avec lequel elle n'est pas sans quelque analogie et par sa pathogénie et par la thérapeutique qu'il nécessite.

Historique.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'historique complet de la conjonctivite granuleuse ; nous y sommes d'ailleurs déterminés par deux raisons principales : la première est que cet historique n'est plus à faire, ce sujet ayant déjà été traité maintes fois et de telle façon que nous n'aurions, pour ainsi dire, plus rien de nouveau à signaler ; la seconde est que, traité de longue haleine, l'historique de la conjonctivite granuleuse nous entraînerait beaucoup trop loin hors des limites de notre sujet.

Nous nous contenterons donc d'indiquer seulement les principaux stades de cette affection afin de rendre plus claire notre étude sur le trachôme.

Chez les Egyptiens la tradition nous signale l'existence de maladies de l'appareil de la vision ; et ces maladies oculaires paraissent d'ailleurs absolument identiques par leur forme et leur évolution à celles que l'on retrouve encore de nos jours dans ces contrées.

Les Grecs ne semblent pas non plus avoir été exempts de la conjonctivite granuleuse. Hippocrate et ses successeurs ont d'ailleurs donné des indications sur le traitement de cette affection ; indications qui de nos jours encore rendent de signalés services à la thérapeutique du trachôme.

Quant à la manière dont cet état pathologique s'est transmis et perpétué jusqu'à nos jours, il faut bien avouer que la période de barbarie que notre civilisation a été obligée

de traverser dans les premiers siècles de notre ère, ne nous a laissé absolument aucun document concernant cette affection. Cependant il ne nous semble pas moins incontestable qu'à l'encontre des négations de certains auteurs, la conjonctivite granuleuse, pour rare et isolée qu'elle ait pu être dans nos contrées, n'en a pas moins dû exister.

Néanmoins, et il faut bien le reconnaître, ce n'est qu'à partir du commencement de ce siècle que le trachôme a fait l'objet de nombreuses recherches et de sérieuses études à la suite des épidémies redoutables de conjonctivite granuleuse qui se sont produites au retour des armées que Bonaparte avait emmenées pour faire la campagne d'Égypte.

C'est donc en 1791 que cette maladie est pour la première fois observée dans l'armée française débarquée en Égypte. Cependant nous devons encore ici faire une restriction ; car pour M. de Wecker, il serait douteux que la description que donne Larrey sous le nom d' « ophtalmie militaire » fût une maladie causée par de véritables granulations.

D'après ces auteurs il faudrait plutôt voir dans cette ophtalmie des manifestations de formes de la conjonctivite folliculaire aiguë, avec tendance à la purulence, ou même, toujours d'après M. de Wecker, de véritables ophtalmies purulentes. [De Wecker et Landolt. *Traité complet d'ophtalmologie* tome 4.]

Etiologie.

Nous ne nous étendrons pas non plus très longuement sur les différentes causes étiologiques de la conjonctivite granuleuse ; ne voulant pas nous laisser entraîner dans des digressions trop longues pour ce travail, absolument convaincu que nous sommes de la nature infectieuse de la maladie — et à l'appui de cette assertion nous nous permettrons de citer quelques lignes du travail de M. Darier sur le traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.

« Tout clinicien observateur qui a fait une étude approfondie de la conjonctivite granuleuse n'a pu manquer de se rendre compte du développement et de la propagation des granulations.

« C'est surtout dans les cas où ces dernières sont isolées ou disséminées en petit nombre qu'on peut bien en suivre le développement.

« Autour d'une granulation mère on en voit se produire de plus petites ; mais ce phénomène se produit avec la plus grande évidence quand on a détruit l'enveloppe fibreuse qui recouvre les vieilles granulations, et que leur contenu s'est répandu sur la surface conjonctivale ou même sur la cornée.....

« Ces granulations sont de nature microbienne et, sous beaucoup de rapports, comparables, dans leur évolution, leur propagation, leur propension, aux rechutes, et leur résistance aux différents agents thérapeutiques, aux mala-

dies microbiennes cutanées, telles que le lupus ou l'épithélioma superficiel ».

Mais bien que la nature infectieuse de la maladie ne soit point mise en doute, il n'en est pas moins vrai qu'il existe certaines conditions relatives au terrain, au milieu et à l'étiologie qui semblent favoriser plus ou moins l'apparition de la conjonctivite granuleuse.

TERRAIN. — Si nous définissons « *le terrain* », l'ensemble des conditions organiques dans lesquelles se trouve un individu, il paraît bien évident qu'un sujet scrofuleux sera certainement déjà placé dans de très mauvaises conditions pour résister à l'envahissement du trachôme.

L'âge paraît aussi jouer un grand rôle chez les granuleux.

Ainsi l'âge dans lequel la conjonctivite granuleuse atteint son maximum de fréquence est le jeune âge.

Après cinquante ans cette affection est très rare, et même l'on pourrait dire qu'on ne la rencontre plus.

Au sujet de cette fréquence du trachôme chez les jeunes sujets on pourrait invoquer la jeunesse aussi des éléments anatomiques des tissus, qui sembleraient ainsi ne pas être encore complètement arrivés au terme de leur évolution parfaite et offrir une faible résistance à l'envahissement des germes infectieux.

MILIEU. — Les conditions dans lesquelles se trouvent les individus jouent aussi un rôle considérable dans l'évolution de la conjonctivite granuleuse. Ainsi dans les différentes classes de la société, le trachôme est ou très rare ou au contraire très commun.

M. de Wecker dans son ouvrage déjà cité dit que la conjonctivite granuleuse est la maladie des malheureux ; et à

ce sujet il fait une comparaison entre deux cliniques de maladies d'yeux : l'une suivie par des malades aisés était presque absolument dépourvue de granuleux ; l'autre au contraire fréquentée par la population misérable de la même ville offrait un nombre considérable de trachomateux.

Il est aussi de toute évidence que de mauvaises conditions hygiéniques, que des locaux étroits dans lesquels on ne respire qu'un air plus ou moins vicié, doivent étrangement favoriser l'éclosion et la propagation de la conjonctivite granuleuse.

Quant à l'alimentation, elle joue aussi son rôle dans l'étiologie du trachôme. Certainement de deux individus exposés à la conjonctivite granuleuse, celui dont l'alimentation sera mauvaise et insuffisante sera dans les meilleures conditions pour ne point y échapper.

De même aussi le manque de soins de propreté favorisera l'apparition de la conjonctivite granuleuse.

Ainsi en Russie les paysans passant leur vie au milieu d'une fumée continuelle, dans de misérables cabanes qu'ils partagent d'ailleurs avec leurs animaux domestiques, sont souvent atteints de trachôme.

Dans les pays orientaux, en Egypte par exemple, la chaleur, les poussières irritent les yeux ; les *mouches* se posent sur les paupières purulentes, et transportent le virus sur d'autres yeux malpropres.

Les conditions telluriques viennent aussi influencer sur le plus ou moins de fréquence de cette affection. L'altitude joue ici un rôle considérable.

Les pays montagneux paraissent ne pas connaître cette maladie. La Suisse, par exemple, offre peu ou point de con-

jonctivite granuleuse ; tandis que la Belgique, pays plat par excellence, en offre un nombre considérable. D'après M. Chibret le trachôme formerait en Belgique 8 à 10 0/0 des maladies oculaires. Le même auteur donne l'altitude à laquelle la conjonctivite granuleuse cesserait de se rencontrer : au delà de 220 mètres, dit-il, on ne trouverait plus de granuleux.

Il n'est pas jusqu'aux conditions ethnologiques avec lesquelles doit compter le trachôme. M. Chibret a fait au congrès de Berlin en 1890 une communication de laquelle nous pouvons déduire que le trachôme est rare chez les individus de race celte, et que quand il arrive tout de même à se produire, il ne se propage pas, mais il meurt sur place. A l'appui de cette thèse il cite les Auvergnats : « Chez ces individus, dit-il, qui sont dans un état de malpropreté native, et qui vivent dans des étables au milieu d'une atmosphère ammoniacale, le trachôme est rare quand même ». Les Belges au contraire y sont très sujets, tandis que sur le plateau des Ardennes et dans la partie celtique de la Bavière la conjonctivite granuleuse est inconnue.

En résumé nous pouvons conclure avec M. Chibret que le virus trachomateux trouve un très mauvais terrain dans la race celte. Pourtant un oculiste irlandais nous affirme avoir rencontré de grandes quantités de granuleux dans des localités de l'Irlande occupées presque exclusivement par des *Celtes*.

Sattler (de Prague) a de son côté signalé l'immunité de la race nègre pour le trachôme. En Afrique le trachôme serait au contraire excessivement fréquent, mais là, en dehors de la malpropreté des peuplades arabes, il faut aussi

accuser l'influence néfaste du soleil et du sable qui, projeté violemment par le vent dans les yeux des Arabes, cause un traumatisme, et laisse ainsi la porte toute grande ouverte à la pénétration des germes infectieux. A côté de l'influence de la race il y a des conditions particulières à l'*individu* : son tempérament si l'on veut l'appeler ainsi qui fait qu'un individu peut présenter une immunité naturelle ou acquise. C'est une donnée avec laquelle les bactériologistes ont l'habitude de compter.

En clinique la prédisposition des sujets lymphatiques et scrofuleux à contracter les affections contagieuses et épidémiques est bien connue, de même que leur prédisposition aux complications les plus graves de ces mêmes affections.

Nous ne pouvons pour ce qui est du trachôme que confirmer ce fait d'observation que les complications cornéennes ou autres se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les strumeux que chez tous autres sujets.

L'influence de l'âge a aussi une très grande importance pour tout ce qui touche aux maladies infectieuses, comme nous le montrent et la clinique et l'expérimentation. Le chien auquel il est impossible d'inoculer le charbon a au contraire une réceptivité très grande pour le bacillus *anthracis* dans les premiers jours qui suivent sa naissance. Pour ce qui est des granulations, l'enfance est un terrain fertile d'où elles sont difficiles à déraciner. Le jeune âge est presque une condition aussi défavorable que la scrofule. Le lymphatisme est du reste presque inhérent à l'enfance.

Le trachôme est incontestablement contagieux. Depuis longtemps déjà on avait observé en clinique la contamina-

tion directe ou indirecte des individus sains par des personnes malades.

L'expérimentation a aussi prouvé la contagiosité du trachôme. En effet si sur des conjonctives saines on fait des inoculations de produits granuleux, on obtient rapidement des granulations.

Cette contagion peut se faire de différentes manières, par les mains, par les vêtements, les linges. Elle se développera plus spécialement parmi les membres d'une même famille, chez les ouvriers fréquentant le même atelier ou chez les élèves suivant les cours d'une même école.

Le degré de contagion varie aussi avec l'âge de la conjonctivite granuleuse. Ainsi un trachôme récent violent dont l'écoulement est très abondant sera beaucoup plus contagieux qu'une ophthalmie granuleuse ancienne dont la sécrétion est presque inappréciable.

Enfin il faut considérer que la contagion entre adultes est beaucoup plus rare que celle qui se produit entre les jeunes sujets.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la conjonctivite granuleuse peut être définie en deux mots : hygiène générale, hygiène locale. Avant tout il faut une absolue propreté, une aération parfaite.

Les chambres dans lesquelles coucheront les malades devront être vastes et bien éclairées.

Les fenêtres devront être presque constamment ouvertes, même pendant la nuit si toutefois la température le permet, ou si les malades peuvent le supporter sans inconvénients.

Les lavages à grande eau devront être souvent faits et l'on

a aura bien soin de débarrasser les cils des mucosités qu'ils retiennent.

Pour les villes, l'hygiène comprendra le développement des rues larges, bien aérées, la propreté de ces rues et des maisons qui les limitent.

Enfin comme prophylaxie immédiate il faudra éviter le contact des objets qui auront été touchés par des granuleux. Il faudra proscrire surtout l'emploi des linges qui auront servi à un granuleux.

L'isolement enfin devra être absolument rigoureux dans les hôpitaux. Les écoles devront exclure impitoyablement tout enfant atteint de conjonctivite granuleuse ; et quand dans une famille il se sera produit un cas de trachôme, on devra autant que possible tenir le petit malade éloigné des autres enfants, passer les linges qui lui auront servi à l'étuve, employer les antiseptiques, et lorsque la guérison sera survenue, passer la chambre où il séjournait à la fumigation sulfureuse.

Traitement.

*D'une façon générale le traitement chirurgical est le traitement de choix, celui qui dans le plus bref délai amène la guérison la plus sûre et la plus durable. C'est celui que nous recommandons de préférence à tout autre ; mais pour différentes raisons on peut être obligé de temporiser avant de le mettre à exécution. Ces raisons sont la plupart du temps plus *spécieuses* que plausibles, elles peuvent venir du malade et du médecin.*

Le malade craint tout ce qui porte le nom d'opération, et à plus forte raison pour une maladie qui jusqu'à ces dernières années ne relevait en aucune façon de la chirurgie. Mais ce sont là des objections que le médecin confiant dans le succès de son opération saura bien facilement retorquer. Pour cela il faut qu'il soit lui-même bien pénétré de l'idée que le mal est de nature infectieuse, parasitaire, et qu'il n'y a qu'un moyen d'en être maître, c'est de détruire le mal d'une manière absolument radicale dans un temps aussi bref que possible. Les demi-mesures telles que le grattage ou brossage partiel sans chloroforme, sans être à rejeter d'une manière absolue, ne peuvent pas être comparables par leurs résultats au traitement radical aussi complet que possible, en une seule séance sous le chloroforme.

Nous savons que le *chloroforme* effraie quelquefois plus encore le médecin que le malade lui-même, et c'est peut-être la plus grande objection que l'on ait faite au traitement

chirurgical du trachôme ; mais si l'on considère que grâce à la cocaïne employée concurremment, la narcose chloroformique peut être légère, et puis, et surtout qu'une guérison durable n'est possible qu'à ce prix, il sera bien rare qu'un malade que l'on cautérise depuis des années, de même que le médecin qu'un traitement si long a lassé, se refusent d'une façon absolue à conserver une espérance de guérison là où tous les traitements classiques ont échoué.

Avant de décrire en détail le *modus operandi*, tel que le pratique M. le Dr Darier, nous sommes heureux de pouvoir donner une analyse détaillée et commentée par notre maître, de l'historique du traitement chirurgical du trachôme d'après l'étude profondément érudite qu'en a faite M. le professeur Sattler de Leipzig, ce sera le meilleur moyen de rendre à chacun la part qui lui revient dans la divulgation et le perfectionnement du mode opératoire.

Déjà dans l'antiquité l'importance du traitement mécanique ou chirurgical du trachôme était reconnue. Hippocrate et ses successeurs frottaient et même excisaient les granulations, puis cautérisaient, soit au fer rouge, soit avec des caustiques divers. Celse avait même dû réagir contre l'excès de cette pratique en la recommandant seulement contre les granulations chroniques et volumineuses.

Dans notre ère il faut arriver jusqu'en 1821 pour trouver une conception acceptable sur la maladie.

Déjà en 1821, J. B. Müller pose en principe que tant qu'il reste la moindre granulation conjonctivale, une rechute est à redouter et la contagion possible. Van Lil, en 1849, fut peut-être le premier à faire remarquer que des granulations cachées dans le cul-de-sac supérieur peuvent

non seulement échapper à l'action des médicaments, mais aussi à l'observateur, et donner l'explication de récidives dont alors on ne saisissait pas la cause.

Le fait, une fois bien établi, que la granulation constituait l'élément vraiment spécifique, il était tout naturel de songer à amener une guérison rapide et radicale en enlevant tout le tissu malade. Piltz, de Prague, en 1854, mit le premier cette idée en pratique. Il incisait les granulations avec une aiguille à cataracte pour en expulser le contenu. S'il avait affaire à une infiltration gélatineuse diffuse, il pratiquait des scarifications dans tout le tissu infiltré, et en exprimait le contenu par compression. Le traitement était terminé par une cure de sulfate de cuivre.

Les résultats obtenus par Piltz furent étonnants, mais il trouva peu d'imitateurs parce qu'à l'époque où parut sa publication, le monde médical était tout entier dominé par les idées d'Alb. de Graefe, et le sulfate de cuivre régnait en maître. En 1859, Borelli recommande une sorte de brosse, Anagnostakis et Fadda une râpe métallique. Tout récemment V. Schroeder et d'autres ont de nouveau recours au brossage.

Le galvanocautère et le thermocautère ont trouvé aussi de nombreux partisans, l'électrolyse a été vantée par Lindsay Johnson ; mais les procédés opératoires auxquels on a le plus souvent recours sont la résection d'un lambeau plus ou moins grand de la conjonctive malade (Galezowski, Heisrath, Schneller, Everbusch, Schwab) ou l'expression ou le grattage des follicules. L'excision conjonctivale doit être suivie d'un traitement médical jusqu'à ce qu'il ne reste

plus de granulations, faute de quoi les rechutes sont fréquentes.

M. Sattler a pratiqué l'excision du cul-de-sac et même d'une partie du cartilage tarse. Il n'a jamais observé les déformations palpébrales que les adversaires de cette méthode lui reprochent, et il la regarde comme un important progrès dans la thérapeutique du trachôme. Par l'excision, la guérison est plus rapide et plus radicale, mais M. Sattler croit qu'on peut arriver au même but par des moyens plus simples. Le but d'une thérapeutique rationnelle du trachôme doit être la destruction aussi prompte et complète que possible des infiltrations granuleuses, en épargnant autant que possible les tissus sains. Piltz l'avait déjà bien compris, de même que les partisans de la galvanocaustique et de l'expression du contenu des granulations. — Wolfe, de Glasgow, pratiquait l'expression après avoir scarifié toute la surface granuleuse. — Bardenheuer se servit le premier d'une curette tranchante. Après avoir essayé tous ces moyens, M. Sattler en vint à la pratique suivante qu'il recommande comme la plus commode et la plus efficace.

Scarifications de l'enveloppe des granulations au moyen d'une aiguille à cataracte, puis expulsion de leur contenu au moyen d'une curette fine et tranchante. — La chose est facile sur la conjonctive tarsienne ; il est au contraire très difficile d'atteindre le fond du cul-de-sac supérieur, et une pince spéciale est nécessaire pour retourner bien complètement la paupière.

Dans les cas légers et récents survenant chez des patients peu sensibles, l'anesthésie locale par la cocaïne est parfaitement suffisante. Autrement le chloroforme est préféra-

ble, car il faut procéder à cette opération très à son aise, de façon à ne laisser nulle part, dans les recoins les plus cachés, aucune granulation intacte, « car je considère comme un des plus importants avantages du procédé, de détruire en une seule séance tout ce qui doit être détruit d'après les indications ci-dessus ».

La paupière inférieure est traitée la première ; puis la paupière supérieure est retournée deux fois sur elle-même, au moyen d'une pince à double fixation, de façon à étaler le fond du cul de sac, pour que l'on puisse gratter et curetter toutes les granulations. Dans les cas anciens, où l'on a affaire à une infiltration gélatineuse diffuse, les scarifications doivent être plus profondes, et l'on ne doit pas craindre d'enlever avec la curette tout le tissu gélatineux.

Après cela un lavage copieux au sublimé à 1/1000 est nécessaire. Compresses froides.

Après 3 ou 4 jours, la surface cruentée est recouverte d'épithélium ; à la place des granulations on voit des petites cicatrices blanches. Et tandis que les granulations proéminentes d'avant l'opération laissaient à peine entrevoir quelques traces de conjonctive saine, on voit après leur destruction que ces restes de conjonctive sont capables de se reconstituer.

Dans les cas de trachoma succulentum, il est bon, avant d'en venir à l'opération, d'éteindre d'abord le processus inflammatoire par des cautérisations alternées de nitrate d'argent et de sublimé. Après l'opération, on fera bien de continuer pendant quelques semaines des attouchements au sublimé d'abord, puis au sulfate de cuivre, pour finir avec le tannin.

Par ce traitement, on obtient en général une guérison en aussi peu de jours qu'il fallait autrefois de mois par les médications anciennes.

De déformations cicatricielles, jamais ! les récidives très rares surtout si l'on surveille les malades, et si l'on a soin, dès que l'on voit que quelques granulations ont échappé à la curette, de les détruire sans plus tarder.

Cette méthode est applicable aux cas les plus légers comme les plus graves ; la seule contre-indication est une trop grande hyperémie.

Sattler termine son travail par des considérations sur l'action du sublimé dans le traitement du trachôme, sur le jequirity, le massage, etc.

Il y a donc dans l'exposé qu'a fait Sattler un mode d'opération qui offrait déjà, au point où en était la question, des avantages considérables.

Voici maintenant le procédé tel que nous l'avons vu pratiquer par M. Darier et pratiqué nous-même. Avant de se décider à l'opération il faut avoir bien soigneusement examiné *tous les coins et recoins de la surface conjonctivale* pour bien se rendre compte de la distribution des granulations, de façon à savoir autant que possible où doit porter l'effort du chirurgien ; car une fois l'opération commencée, l'hémorrhagie souvent assez abondante peut faire passer inaperçues quelques granulations. Or il faut à tout prix éviter de laisser derrière soi un ennemi aussi redoutable que le trachômecoccus.

Pendant l'anesthésie chloroformique à laquelle on combine l'action de la cocaïne, M. Darier *sectionne d'un coup de ciseaux l'angle externe des paupières* toutes les fois que

le renversement bien complet des paupières ne se fait pas facilement. Ce débridement est nécessaire dans 30 0/0 des cas environ ; mais il est très rare qu'il soit nécessaire d'appliquer des fils de suture pour maintenir la fente ouverte. C'est là une indication spéciale aux cas où l'atrésie de la fente palpébrale est très marquée et s'accompagne d'entropion. Dans les cas où l'on aura vu que la caroncule est infiltrée ou qu'il se trouve des granulations sur la conjonctive bulbaire et sur le limbe sclérocornéen, toutes les fois aussi qu'il y aura un pannus, on appliquera l'écarteur des paupières, celui dont on se sert pour la cataracte ou pour toute autre opération sur la cornée. En l'écartant au maximum on mettra à découvert toute la conjonctive bulbaire, et en tirant l'œil avec une pince on pourra la tendre à volonté de façon à ce qu'on puisse facilement inciser, gratter et brosser tous les endroits où l'on aperçoit la moindre granulation.

Si la caroncule est trop infiltrée, il sera plus simple de l'exciser d'un coup de ciseaux ; s'il existe un *pannus cornéen* bien accentué, M. Darier recommande de le gratter très précautionneusement avec la curette en allant du centre vers la périphérie en évitant d'entamer le tissu sain, un très léger coup de brosse suivi d'un lavage minutieux termine ce temps de l'opération qui n'est nécessaire que dans 15 0/0 des cas environ.

Alors, ou si l'acte ci-dessus n'a pas été nécessaire, on procède au brossage des paupières. — Il est bon toujours de commencer par l'inférieure pour ne pas être gêné par l'hémorrhagie qui viendrait de la paupière supérieure si l'on s'était attaqué à celle-ci en premier lieu. — Avec la

pince de Sattler le retournement de la paupière inférieure était très difficile ; avec la pince de M. Darier qui agit par

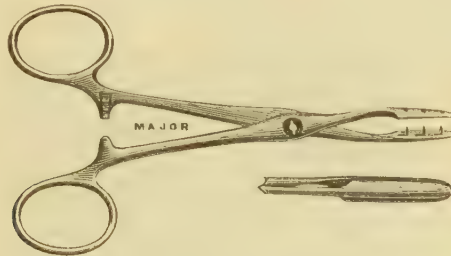


Fig. 1. — (1/2 de sa grandeur).

enroulement on obtient au contraire un renversement parfait de la paupière en même temps qu'un soutien pour la conjonctive qui est en général flasque et plissée.

Il est nécessaire de saisir la paupière 2 millimètres plus loin que le bord marginal pour éviter de déchirer les tissus ; la pince placée ainsi parallèlement au bord palpébral,

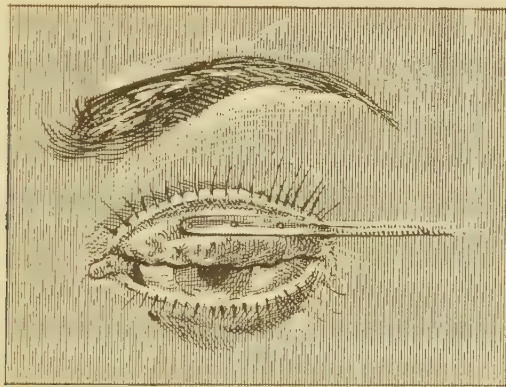


Fig. 2.

on lui imprime un mouvement de rotation autour de son axe de façon à tendre bien complètement la conjonctive

sans pourtant la déchirer. Quand les granulations sont succulentes elles crèvent d'elles-mêmes sous cette traction.

Les scarifications sont alors pratiquées avec précaution



Fig. 3.

en ayant soin de bien inciser toutes les granulations. Si elles sont rares et discrètes un simple bistouri ou une aiguille à discision suffiront. Si au contraire toute la conjonctive et le cartilage tarse sont infiltrés, on emploiera de pré-

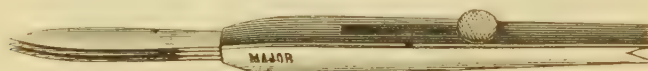


Fig. 4.

férence le *bistouri à 3 lames* qui a l'avantage de permettre de faire les scarifications bien parallèles et plus rapidement, ce qui n'est pas à dédaigner dans une opération déjà un peu longue. La profondeur des incisions doit être proportionnée à la profondeur de l'infiltration granuleuse, le but à atteindre étant de mettre à jour le contenu des gra-

nulations en ménageant autant que possible la conjonctive.

Les scarifications font sourdre sur la surface conjonctivale cruentée le contenu gélatineux des granulations. Il faut soigneusement éviter de la laisser sur la plaie.

Le tampon d'ouate qui étanche le sang n'enlève pas bien cette matière infectieuse qui ne ferait qu'infecter inutilement la brosse. Il est bien préférable de l'enlever soigneusement au moyen de la *curette* ou plutôt de la *cuillère*

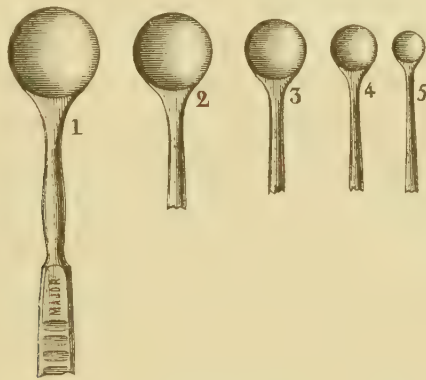


Fig. 5.

tranchante qui est plus grande, plus commode, et plus facile à vider et à laver.

Le curettage est très rapidement fait et ne constitue pas le point capital de l'opération comme dans le procédé de Sattler.

Le point capital le plus important après le renversement bien complet de la paupière est le *brossage* qui se pratique avec une simple brosse à dents petite et à crins durs et courts. Cette brosse doit être soigneusement désinfectée avant l'opération, en la faisant tremper dans l'al-

cool puis dans une solution chaude de sublimé ou de cyanure de mercure à 1 0/0.

Le brossage doit se faire avec la brosse qu'on trempe aussi souvent que possible dans la solution de sublimé ou de cyanure à 1/500. Il faut le faire assez vigoureusement pour bien déterger tout le tissu infiltré sans entraîner et déchirer les languettes de conjonctives qui ont été ménagées par les scarifications.

Quand on est bien convaincu que toutes les parties malades ont été scarifiées, grattées et brossées, on retire la pince. Mais avant de la placer sur la paupière supérieure il ne faut pas oublier que la pince elle-même si étroite qu'elle soit a pu couvrir et cacher quelques points malades qu'il est facile de détruire puisqu'ils sont tout près du bord de la paupière. Dans le trachôme c'est toujours dans le cul-de-sac supérieur où siège le quartier général de la maladie ; aussi est-ce de ce côté que doit porter le maximum des efforts.

Le renversement complet de cette paupière est bien plus difficile. Il faut donc une certaine habitude pour arriver à développer bien complètement toute la surface conjonctivale. La chose une fois faite, le processus opératoire est le même que pour la paupière inférieure.

Il est pourtant un point à noter, c'est qu'il faut une fois la paupière bien retournée commencer les scarifications et le brossage par les parties les plus éloignées du bord palpébral, parce que la conjonctive une fois scarifiée se rétracte, et quelques parties reculées peuvent rester cachées. A la paupière supérieure les scarifications doivent être en général plus larges et plus profondes, puisque le mal est

lui-même plus profondément enraciné et que le cartilage tarse est souvent lui-même infiltré dans toute son épaisseur.

Une fois les 2 paupières bien scarifiées, grattées, brossées, on procède à un lavage très minutieux de toute la surface conjonctivale. Nous relatons du reste ici une observation intentionnellement très détaillée pour bien faire ressortir toutes les différentes indications que comportent les diverses manifestations pathologiques.

OBSERVATION I.

Mme T... 66 ans, habitant St-Denis, est atteinte de conjonctivite granuleuse depuis 3 ans au moins. Il y a 2 ans elle a suivi un traitement très sérieux allant tous les jours à Paris pour se faire scarifier et cautériser au sulfate de cuivre. Après mainte alternative de mieux et de plus mal elle finit par se lasser et renonce à tout traitement. Elle resta ainsi pendant près d'un an à croupir dans sa misère.

Depuis 6 mois, dit-elle, ne pouvant plus souffrir la lumière, accroupie dans le coin le plus sombre de son logis, elle ne désire que mourir. C'est alors qu'elle est conduite à la clinique du Dr Darier dans l'état suivant :

Femme amaigrie, débilitée, les yeux fermés fuyant la lumière. Les paupières sont tuméfiées, rouges, agglutinées par des mucosités.

Après un lavage antiseptique et quelques instillations de cocaïne on peut facilement examiner les yeux que la malade ouvre avec peine, les paupières supérieures recouvrent la moitié des cornées. Ces dernières sont envahies par un pannus vasculaire et charnu qui obstrue les 2/3 supérieurs de la pupille.

La conjonctive de la paupière inférieure est toute infiltrée de tissus granuleux d'un jaune-rosé. La paupière supérieure est difficile à retourner tant elle est épaisse et indurée. Elle est farcie de granulations, de son bord libre au fond du cul-de-sac.

Aucun doute n'est possible au sujet du diagnostic. Nous sommes en face d'une granuleuse invétérée qui vit dans des conditions hygiéniques déplorables. Tout traitement banal par des cautérisations, scarifications, massage, etc. sera pour elle une pure perte de temps. Il s'agit dans un cas pareil d'agir aussi promptement et sûrement que possible. La malade étant décidée à tout plutôt que de vivre ainsi, il est convenu qu'elle viendra se faire opérer dans huit jours. Pendant ce temps on fera de fréquentes lotions au sublimé, et la malade viendra se faire cautériser 2 ou 3 fois pour atténuer un peu la virulence du mal, avant de procéder à l'opération.

Le 1^{er} novembre 1891, on procède à l'opération ; l'anesthésie par le chloroforme se fait très facilement.

Le sac lacrymal étant plein de pus des deux côtés, on procède d'abord à leur désinfection en injectant une solution de cyanure de mercure 1/500 dans chaque canalicule dilaté, le liquide ressort en grande partie par le point supérieur entraînant avec lui quantité de pus et en partie par le pharynx. D'un coup de ciseaux à l'angle externe on agrandit d'abord la fente palpébrale, on applique alors *l'écarteur des paupières à l'œil gauche* pour bien mettre à jour la cornée et la conjonctive bulbaire. De légères scarifications sont faites sur la partie supérieure charnue du pannus et autour du limbe sclérocornéen, il s'écoule une quantité notable de sang. Au moyen de la cuillère tranchante la partie la plus épaisse du pannus est grattée avec précaution, du centre à la périphérie en ayant soin de ne pas entamer le tissu sain. La brosse bien imbibée de cyanure de mercure 1/500 est passée ensuite, en frottant avec douceur sur la partie grattée. On pratique ensuite l'excision de la caroncule qui est trop infiltrée pour pouvoir être seulement brossée. Après un lavage qui arrête un peu le sang on attaque la *paupière inférieure*, dont le bord est saisi avec la pince, un mouvement de *rotation enroule la paupière autour de la pince, tend et étale toute la surface conjonctivale* qui craque par place sous la traction. — Le bistouri à 3 lames est alors porté par petits coups parallèles sur toute la surface malade. — Une première série d'incisions peu profondes fait sourdre

le contenu gélatineux des granulations, en même temps qu'une quantité notable de sang.

La *cuillère tranchante* est passée en grattant légèrement sur toute la surface scarifiée entraînant avec elle une notable quantité de substance granuleuse et de sang, puis un premier *brossage* est pratiqué avec douceur, mais bien soigneusement.

Après de nouvelles scarifications un peu plus profondes, on pratique un second *brossage* un peu plus énergique, et l'on passe à la paupière supérieure.

La paupière supérieure est si succulente que de peur de la déchirer on applique la pince à 3 millimètres du bord libre et on enroule la paupière avec prudence, en repoussant un peu la pince entre le bord orbitaire et le globe oculaire, pour éviter une détension trop brusque et trop forte.

On met ainsi à jour de grosses et succulentes granulations que l'on n'aurait pu voir par le renversement habituel des paupières.

La surface conjonctivale enroulée autour de la pince mesurait certainement 3 centimètres du bord de la cornée au bord libre de la paupière.

Les granulations les plus profondes sont scarifiées et brossées, les premières parce qu'elles ont une tendance, une fois toute la conjonctive relâchée par les scarifications, à se rétracter en arrière. Toute la surface malade est ensuite grattée et brossée à deux reprises comme nous l'avons décrit pour la paupière inférieure.

Un lavage abondant à l'ouate trempée dans le cyanure 1/500 termine l'opération qui a pris beaucoup plus de temps à décrire qu'à exécuter.

L'œil droit fut opéré de la même façon peut-être un peu moins énergiquement, parce qu'il était un peu moins malade. Les paupières se retournant plus facilement, il n'y a pas eu nécessité d'inciser l'angle extérieur de l'œil. La durée de l'opération pour les deux yeux, pansement et tout, a été d'une demi-heure environ.

Comme pansement de simples compresses d'ouate imbibée de cyanure de mercure à 1/2000 maintenues au moyen d'une bande.

Recommandation est faite aux parents d'enlever le bandeau à la

maison, de lotionner les yeux fréquemment avec la solution 1/2000 en ouvrant les paupières, si possible, pour laisser le sang s'écouler. Dans l'intervalle, applications de compresses glacées.

Le 3 novembre, 2 jours après l'opération la malade est revue, ses paupières sont très tuméfiées, ecchymotiques, la malade ne peut les entr'ouvrir. Après 2 ou 3 lavages et instillations de cocaïne on finit par pouvoir entr'ouvrir les paupières qui sont agglutinées entre elles et avec la cornée, et la conjonctive bulbaire par un exsudat fibrineux.

Les paupières inférieures se renversent assez facilement, elles sont débarrassées de leur sécrétion avec un tampon d'ouate trempé dans la solution de cyanure d'hydrargyre 1/500.

La paupière supérieure droite peut être retournée quoique difficilement, on la lave doucement pour éviter de la faire saigner et de détruire le tissu conjonctival qui a pu se reformer.

Impossible de retourner la paupière supérieure gauche qui est beaucoup plus tuméfiée ; alors pour bien rompre les adhésions qui auraient pu se former, M. Darier passe délicatement entre le globe et la paupière en soulevant cette dernière une sonde enveloppée d'ouate trempée préalablement dans la solution 1/500.

Recommandation est faite à la malade de tenir les yeux ouverts tant qu'elle le pourra, et de les faire mouvoir de son mieux en soulevant de temps à autre la paupière avec ses doigts. Toujours mêmes lotions et compresses.

Le 5. — 4 jours après l'opération la tuméfaction des paupières a notablement diminué. La malade peut assez facilement entr'ouvrir l'œil droit ; l'œil gauche plus difficilement ; elle commence à distinguer les objets. Les paupières sont retournées sans difficulté après cocaïnisation ; même lavage que le précédent.

Recommandations : Plus de compresses, lotions, ouvrir les yeux le plus possible et sortir à l'air si le temps le permet. La malade n'est pas revue de 3 jours.

Le 7. — Elle vient seule à la clinique, elle a voulu, dit-elle, montrer qu'elle pouvait se conduire seule. Les cornées ont complètement changé d'aspect, il n'y a plus de pannus charnu, il est remplacé par

une mince lamelle de tissu cicatriciel, blanc, demi-transparent, avec fine vascularisation à la partie inférieure et sur ses bords ; le même pansement que le 4 est continué. Le 9, le 11 et le 15 novembre. La malade se trouve si bien que, vaquant à ses affaires elle reste 4 jours sans revenir. Quand nous la voyons le 19 novembre, nous constatons : une poussée aiguë de petites granulations miliaires sur toute la cornée de l'œil gauche.

M. Darier nous fit remarquer à ce sujet qu'il avait observé des faits semblables, alors qu'il employait l'acide chromique dans le traitement des granulations. Il attribue ce fait à ce que le contenu d'une granulation, soudainement mis en liberté trouvant un épithélium cornéen malade, y implante de nombreux germes. — Un lavage soigné à la solution de cyanure d'hydrargyre 1/500 suivi d'un léger massage à la pommade jaune répétés 3 fois, à 2 jours d'intervalle chaque, a eu vivement raison de cette légère complication.

Depuis ce jour la guérison ne s'est pas démentie un instant. Chose très digne de remarque, la dacryocystite n'a plus jamais reparu, sans qu'aucun autre traitement n'ait été fait contre elle depuis le jour de l'opération.

La malade a été revue fréquemment par le docteur Darier qui par excès de prudence, lui badigeonnait chaque fois les paupières, avec du glycérolé de plomb. La malade que nous avons revue aussi dernièrement paraît rajeunie de 10 ans. Les conjonctives sont relativement lisses sans traces appréciables de granulations. Les cornées à l'œil nu paraissent transparentes ; mais à l'éclairage oblique, un leucôme est très appréciable à la partie supérieure des 2 cornées avec encore quelques fins vaisseaux. La malade depuis 4 mois n'a plus souffert de ses yeux, et elle y voit très bien.

Cette observation se passe de tout commentaire. Est-il possible de comparer le résultat obtenu avec aucun de ceux que nous donnent tous les traitements classiques ?

Huit jours après l'opération la malade pouvait être considérée comme guérie, à la condition de rester soumise à

une surveillance et à une antiseptie parfaite, ainsi que l'a prouvé la petite complication survenue au dix-neuvième jour, par suite de négligence de la malade. Complication bien bénigne puisqu'elle a été enrayée en 4 jours.

Les lotions au sublimé ou plutôt au cyanure d'hydrargyre ont été pratiquées pendant un mois, puis elles ont été remplacées par de légers attouchements de glycérolé de plomb une fois par semaine par excès de précaution et pour tenir la malade en surveillance plus que pour tout autre motif.

Ce cas était un de ceux qu'on peut considérer comme très graves ; le même jour nous avons vu opérer 2 cas plus légers dont nous allons relater brièvement les observations pour montrer que l'intervention n'est pas toujours aussi énergique que dans le cas ci-dessus.

OBSERVATION II.

Mlle D., 43 ans, habitant St-Denis, cette enfant lymphatique a été traitée depuis l'âge de 6 ans pour des kératites pustuleuses dont on voit encore les macules leucomateuses sur les cornées. Depuis un an elle est traitée à Paris par des cautérisations au sulfate de cuivre, l'œil droit présente un pannus granuleux léger sans ulcération, la paupière supérieure est infiltrée dans toute son étendue de granulations petites et nombreuses mais peu saillantes, sur la conjonctive bulbaire quelques grosses granulations transparentes. La paupière inférieure est relativement peu malade. L'œil gauche est moins atteint, la cornée très leucomateuse n'a pas de pannus.

Le 1^{er} novembre, après 3 semaines de cautérisations au sublimé, on procède au brossage sous le chloroforme. L'œil droit le plus malade attaqué assez énergiquement, le pannus cornéen est légèrement gratté avec la curette. Pour l'œil gauche on recherche bien soigneusement tous les points granuleux que l'on scarifie, gratte et brosse soigneusement.

Il n'a pas été nécessaire dans ce cas d'inciser la fente palpébrale.

Pansement : compresses glacées et lotions au sublimé 1/2000.

Deux jours après on revoit la malade, malgré la cocaïne on a toutes les peines du monde à retourner les paupières à cause de la pusillanimité de l'enfant. Néanmoins on en vient à bout et un lavage au cyanure d'hydrargyre 1/500 est fait abondamment pour détacher un exsudat blanchâtre qui recouvre la surface opérée comme une fausse membrane, mais qui se laisse assez facilement détacher, la plaie ainsi découverte saigne assez abondamment.

Mêmes pansements et lotions en recommandant toujours à la malade de tâcher d'ouvrir les yeux autant qu'elle le pourra.

Le 5, la malade ouvre les yeux, surtout le gauche, la paupière supérieure de l'œil droit est encore un peu tuméfiée, le renversement en est toujours assez difficile, la fausse membrane ne s'est pas reproduite, mais la surface conjonctivale est très rouge et saigne facilement sous le lavage 1/500.

Le 8, les yeux sont de plus en plus ouverts, la cornée de l'œil droit se cicatrice très bien, elle est plus transparente. Les paupières se retournent plus facilement et ne saignent plus sous le tampon d'ouate qui les lave.

Les lavages et cautérisations sont continués tous les 2 ou 3 jours régulièrement pendant une quinzaine.

Lorsque tout à coup après une absence de quelques jours la malade se présente à nous avec une complication cornéenne de l'œil gauche (celui dont la cornée n'a pas été grattée), absolument identique à celle de la malade précédente. La cornée est couverte d'un semis de granulations miliaires, grosses comme de petites têtes d'épingles. Quelques lavages au cyanure d'hydrargyre 1/500 suivis de massage à la pommade jaune remettent promptement les choses en ordre. — Chez cette malade lymphatique la guérison a été un peu plus longue que chez l'autre. En apparence elle paraissait guérie au bout de 15 jours, mais en réalité sa guérison ne fut complète qu'au bout de 6 semaines.

Notre 3^e observation ressemble tellement à la précédente que nous ne la relaterons que très brièvement.

OBSERVATION III.

Mlle C., 18 ans, a toujours eu les yeux malades ; elle est profondément scrofuleuse, ses deux cornées sont très leucomateuses surtout la gauche à travers laquelle on ne peut pas distinguer l'iris. Ces leucomés paraissent plutôt dus à d'anciens pannus scrofuleux qu'à des complications granuleuses, car les granulations chez cette malade sont jeunes et peu abondantes, elles occupent le cartilage tarse supérieur et le fond du cul-de-sac. — Quelques granulations sur le limbe scléro-cornéen de l'œil gauche.

Le 1^{er} novembre la malade est endormie et brossée méthodiquement en recherchant bien soigneusement les points infectés. On profite du sommeil chloroformique pour faire autour de la cornée une péritomie ignée pour tâcher de l'éclaircir. On pratique également quelques pointes de feu, au-dessus du bord ciliaire de la paupière supérieure pour relever cette dernière qui est un peu entropionnée.

Huit jours après le brossage, la surface conjonctivale est lisse et ne saigne plus, mais la péritomie laisse encore une plaie vive autour de la cornée.

Les lavages au cyanure d'hydrargyre sont continués pendant un mois.

Nous avons revu la malade 3 mois après l'opération ; elle ne présente plus de granulations, sa cornée s'est notablement éclaircie par un traitement que lui fait suivre le D^r Darier. Le massage de la cornée à la lanoline hydrargyrique. La malade commence de cet œil à distinguer les gros objets ; elle croyait cet œil perdu depuis au moins 3 ans.

Conduite à tenir en face des différents types de granuleux. — Considérations générales, indications de l'opération.

Nous transcrivons ici les notes qu'a bien voulu nous donner M. Darier sur cet important sujet : — Au début d'une *conjonctivite granuleuse* alors que très souvent le diagnostic est encore incertain, il ne saurait être question d'intervention chirurgicale, le traitement indiqué dans ces cas consiste en cautérisations au nitrate d'argent à 1 ou 2 0/0 tant qu'on verra le malade en bénéficier. Souvent une certaine accoutumance se produit, il faut alors employer des solutions plus fortes ou ce qui est mieux encore, avoir recours au *sulfate de cuivre* qui est certes le topique de choix contre les granulations. Si l'on a affaire à une *ophthalmie granuleuse suraiguë* à forme violente, caractérisée par une tuméfaction et une rougeur intense de toute la surface conjonctivale où pullulent des granulations saillantes et succulentes, il vaut mieux temporiser, si l'on n'a pas la main forcée par une raison quelconque. Dans ces formes intenses la virulence de l'élément infectieux est extrême, et il y a avantage à retarder le moment de l'opération en diminuant l'intensité du mal par des déplétions sanguines à la tempe, des scarifications conjonctivales fréquemment répétées en même temps que l'on pratique des cautérisations au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre ou au sublimé. Cela jusqu'à ce que l'hypérémie ait notablement diminué ; mais

comme il faut longtemps pour cela, plusieurs mois souvent, il vaut quelquefois mieux intervenir de suite, quitte au cas de rechutes à recourir à un nouveau brossage et même à un troisième si cela est nécessaire ; car on aura épargné, même dans cette dernière alternative, une grande perte de temps au malade.

Il y a là des indications occasionnelles absolument différentes suivant la situation et les occupations des granuleux, qu'il n'est pas dans notre compétence de discuter ici. Dans certaines formes plus aiguës encore que celles dont nous venons de parler et qui pourraient être appelées foudroyantes, qui paraissent heureusement se rencontrer très rarement chez nous et qui, au contraire, sont fréquentes en Afrique ; dans ces formes où s'ajoutent à une tuméfaction considérable, une sécrétion abondante et des complications du côté de la cornée, il n'y a pas à tergiverser, il faut sur le champ endormir le malade, inciser largement la fente palpébrale et faire *larga manu* des scarifications nombreuses et profondes pour amener une déplétion sanguine considérable, puis alors la brosse est passée énergiquement partout, excepté sur la cornée qu'il ne faut pas toucher dans ces cas d'une virulence extrême.

Les lotions au sublimé doivent être faites plus largement tant le jour de l'opération que les jours qui suivent. Les résultats sont souvent merveilleux tant par leur rapidité que par leur perfection. — Il est vrai que ces guérisons peuvent n'être que momentanées, un retour offensif se produit quelquefois après 3 ou 4 mois. Un brossage partiel a promptement raison de cette bénigne rechute.

Dans les formes chroniques de granulations ayant déjà

subi différents traitements, l'intervention chirurgicale peut avoir lieu sur le champ. Cependant, surtout s'il y a de la sécrétion et de la turgescence des tissus, M. Darier recommande de pratiquer pendant une quinzaine de jours des cautérisations soit au nitrate d'argent, soit au sulfate de cuivre, pour tarir la sécrétion, sécher pour ainsi dire les granulations et atténuer la virulence de l'élément infectieux ; mais le plus souvent les malades se présentent préparés à point par des cautérisations datant déjà de plusieurs années ; ce sont les cas les plus favorables qui tous bénéficient rapidement du traitement chirurgical s'ils ne guérissent pas dans un laps de temps qui varie de 8 jours à 2 mois suivant les cas, et surtout suivant le tempérament du patient.

Le *lymphatisme* et le *jeune âge* sont, en effet, non pas des contre-indications à l'opération, nullement, mais des causes de lenteur dans la guérison, et de rechutes faciles et fréquentes ; par ce seul fait que les tissus chez ces individus sont plus vulnérables et plus aptes à subir toutes les infections, inoculations, réinoculations et complications de toute espèce, mais cela pas moins pour le trachôme-coccus que pour le bacille de la tuberculose ou le microbe de la syphilis, etc...

Chez les enfants, les rechutes sont extrêmement faciles, tant à cause de leur grande réceptivité qu'à cause de leur inattention et de leur manque de propreté. Si en plus de cela le lymphatisme s'en mêle, il va sans dire que le médecin aura bien des ennemis à combattre.

Les *granulations cornéennes*, *granulations* sur le limbe, *vascularisation cornéenne*, *pannus tenuis* ou *crassus*, *ulcéra-*

tions cornéennes, tant profondes soient-elles, loin d'être une contre-indication au brossage des granulations sont au contraire une indication pour intervenir au plus tôt. Les granulations sur le bord de la cornée seront grattées et brossées comme les autres.

Dans les cas de *rascularisation de la cornée* quelques scarifications seront utiles, en coupant les vaisseaux à l'entrée du limbe sclérocornéen.

Les ulcérations ou pannus devront être simplement détergées avec un tampon d'ouate imbibée de sublimé 1/500.

Le pannus crassus, s'il est épais, sera gratté avec la curette, puis légèrement brossé du centre à la périphérie de la cornée.

Les *déformations palpébrales* antérieures à l'opération, les *rétractions cicatricielles* sont des indications au brossage, mais il faut avoir soin de faire les scarifications en bonne place, de façon à libérer les brides cicatricielles ou à vaincre un entropion, etc., etc.

Ainsi, après avoir exposé aussi brièvement que possible, la nature, la prophylaxie et le traitement de la conjonctivite granuleuse ; après avoir montré la conduite à tenir dans les multiples manifestations pathologiques de cette maladie, avoir exposé le résultat de nos observations peu nombreuses, il est vrai, mais complètes, et suffisantes pour montrer tout l'avantage qu'on peut retirer du traitement chirurgical si heureusement modifié par M. le Dr Darrier, il ne nous reste plus qu'à présenter les conclusions naturelles de notre travail. — Ces conclusions, nous n'avons pas voulu les tirer des observations parfois incomplètes que nous avons recueillies nous-même. La difficulté de sui-

vre complètement un malade non hospitalisé, et qui trop souvent, opéré et guéri dans une clinique, ne s'y représente que de longs mois après, aurait par trop limité l'autorité de nos conclusions. — Nous avons préféré faire de nouveau appel aux conseils et à l'amitié de notre maître, le Dr Darier. — Les conclusions de ce travail seront donc empruntées en partie au rapport qu'a publié récemment M. le Dr Darier, dans les *Archives d'ophtalmologie*.

La conjonctivite granuleuse est une affection microbienne locale.

Cliniquement, sa nature infectieuse est démontrée tant par sa contagiosité, son épidémicité que par son développement, sa marche et sa propension aux rechutes.

Anatomiquement, toutes les descriptions histologiques faites jusqu'à ce jour et sur lesquelles on avait cru pouvoir établir les bases d'un diagnostic différentiel entre les vraies et les fausses granulations n'ont plus aujourd'hui que la valeur qu'ont conservé pour les tuberculoses, le tubercule histologique et sa fameuse cellule géante.

Le microbe pathogène pourra seul nous fournir les éléments d'un diagnostic scientifique ; malheureusement ni sa morphologie, ni sa biologie ne sont encore assez bien établies.

Du reste, la conjonctivite granuleuse ne présente des difficultés diagnostiques qu'à son début, alors que le seul traitement indiqué est celui par les caustiques antiseptiques, tels que nitrate d'argent, sulfate de cuivre, sublimé, sous-acétate de plomb, etc.

Quiconque a pratiqué pendant des années les cautérisations classiques, sait combien sont fréquentes les récives

de granulations que souvent on avait cru complètement guéries. Aussi l'expérience nous autorise-t-elle à poser comme une règle qui doit dominer toute la thérapeutique du trachôme : c'est que, pour obtenir une guérison définitive, il faut avoir détruit complètement tout le tissu morbide, granuleux, infectieux.

C'est la même loi qui préside à la thérapeutique du lupus. La destruction du tissu morbide peut être obtenue par des cautérisations chimiques ou par une intervention chirurgicale.

Nous laisserons de côté le traitement de la conjonctivite granuleuse, par les caustiques qui ont leurs indications, rendent de très grands services et donnent souvent de très bons succès dans les formes aiguës ou légères. Nous n'avons en vue surtout que les cas graves qui ont résisté pendant des mois à tous les traitements possibles. Pour tous ces cas nous croyons qu'une opération radicale est indiquée.

Il va sans dire que l'intervention chirurgicale doit être proportionnée à l'importance du mal. Dans les cas où les granulations sont isolées, un ou plusieurs coups de ciseaux peuvent en avoir raison. Quand elles sont groupées dans le fond des culs-de-sac, l'excision en masse peut être aussi indiquée si l'on a soin de bien ménager la conjonctive.

Mais le plus souvent le trachôme intéresse toute la surface conjonctivale tarsienne, bulbaire, ou de transition, alors on ne peut songer à l'extirpation.

C'est cette forme la plus grave que nous visons justement dans ce travail.

Aujourd'hui nous obtenons par le procédé du brossage

une guérison en aussi peu de jours qu'il fallait autrefois de semaines, de mois ou même d'années.

Jamais aucun traitement ne nous a donné d'aussi bons résultats dans un temps aussi court. Et nous croyons qu'aucune thérapeutique ne peut mettre mieux à l'abri des rechutes si l'on a bien mis toute son attention à détruire aussi complètement que possible tout le tissu morbide infectieux.

C'est peut-être là, nous l'avouons, un desideratum difficile à obtenir, aussi avons-nous été quelquefois obligé de recourir deux et même trois fois au brossage chez le même sujet pour arriver à une guérison complète.

Dans ces cas il y a presque toujours eu un peu de la faute des malades qui ne se soumettaient pas régulièrement aux soins consécutifs à l'opération. Or nous attachons une grande importance au lavage minutieux et régulièrement répété avec solution forte de sublimé, parce qu'il faut à tout prix enlever aux germes infectieux qui nous ont échappé, toute chance de pulluler de nouveau.

Il est de la plus haute importance de surveiller les malades pendant un mois ou deux après l'opération pour intervenir immédiatement si l'on voit le mal reparaitre, car si l'on s'y prend à temps on peut l'enrayer en détruisant de suite les premières granulations que l'on voit apparaître.

En tout 130 granuleux environ ont été opérés par notre procédé tant par notre maître que par nous-même.

D'insuccès absolu nous n'en avons aucun à noter.

D'insuccès relatifs nous en avons relevé quelques cas ; 6 ou 7 malades ont dû subir 2 fois l'opération sur un ou

les deux yeux. Un d'entre eux, un enfant, a dû être opéré 3 fois.

La durée du traitement a été en moyenne d'un mois.

Les cas peu intenses ont été considérés comme guéris en 8 ou 15 jours, un tiers des cas environ.

Les malades ont été néanmoins tenus en observation pendant un mois ou deux. Certains granuleux n'ont pu être considérés comme bien guéris qu'au bout de deux mois ; la plupart de ceux-là étaient des enfants ou des sujets lymphatiques scrofuleux à nutrition défectueuse.

Des complications, nous en avons observé, mais en nombre relativement très restreint et aucune n'a entraîné une aggravation de l'état antérieur à l'opération. Nous ne connaissons pas un de ces malades qui n'ait pas retiré un bénéfice de notre opération.

Nous ne pouvons en dire autant de quelques malades opérés par des confrères qui sont partis de là pour critiquer l'opération en elle-même. Nous ne pouvons que les engager à persister dans leurs tentatives du traitement chirurgical du trachôme. A mesure qu'ils s'y habitueront davantage ils se rapprocheront de plus en plus de notre manière de procéder à laquelle nous ne sommes pas arrivés non plus sans tâtonnements. En peut-il être autrement de toute tentative nouvelle ?

La complication qui a le plus frappé nos confrères est le *symblépharon*. Le seul cas que nous ayons vu est celui d'une opérée d'un de nos confrères restée sans soins pendant les 15 jours qui avaient suivi l'opération par suite d'une maladie de son médecin.

Or il est absolument nécessaire de retourner complète-

ment les paupières tous les jours ou au moins tous les deux jours et de laver soigneusement toute la surface conjonctivale au sublimé 1/500, en ayant soin de détacher les adhérences qui ne peuvent manquer de se produire, quand deux surfaces cruentées sont mises en contact avant la reconstitution de l'épithélium. Le fait est d'autant plus grave que l'on a affaire à un cas compliqué de pannus cornéen que l'on a gratté et brossé comme le reste des parties infectées.

Donc jamais nous n'avons eu de symblépharon ; quant aux cicatrices plus ou moins vicieuses, elles sont inévitables dans les cas de trachôme invétéré où le cartilage tarse est profondément altéré et où il existe déjà des déformations palpébrales : mais ces cicatrices ! elles se seraient produites plus graves encore par la guérison la plus simple soit spontanée soit médicale du trachôme.

L'entropion qui est la conséquence de ces rétractions cicatricielles est du reste chose si facile à guérir aujourd'hui que nous ne pouvons voir là une complication capable de nous faire hésiter à opérer un trachomateux. Nous n'avons du reste dû intervenir que dans une dizaine de cas d'entropion consécutifs à l'opération.

Du côté de la conjonctive, à côté de ces cicatrices vicieuses sans importance il nous faut noter une complication fréquente mais bénigne aussi. C'est la présence dans les jours qui suivent l'opération d'une exsudation fibrineuse qui recouvre toute la surface conjonctivale. Cette sorte d'exsudation doit être soigneusement lavée avec la solution de sublimé et elle disparaît en quelques jours. Quelquefois cependant elle est plus tenace, elle prend une couleur

grisâtre ; elle s'accompagne de chémosis et les paupières restent tuméfiées.

Il peut alors se produire de petites ulcérations cornéennes comme dans l'ophthalmie purulente, nous avons observé 3 cas de ce genre, qui tous ont, du reste, guéri sans laisser de leucômes par la répétition fréquente de cautérisations avec un tampon d'ouate imbibée de solution de sublimé, mais dans ces cas il ne faut pas craindre de frotter assez énergiquement et de faire saigner la surface conjonctivale infiltrée.

Nous croyons que cette complication est d'une essence infectieuse qui reste encore à déterminer, mais elle n'est pas imputable au procédé opératoire lui-même, elle peut se présenter dans toutes interventions chirurgicales portant sur la conjonctive.

Les complications du côté de la cornée sont très rares. Les pannus que nous grattons et brossons avec soin guérissent admirablement, laissant après eux des leucômes quelquefois invisibles, d'autres fois plus marqués. Dans un seul cas un pannus ulcéré a produit quelques jours après l'opération une perforation cornéenne, qui a du reste guéri sans enclavement irien.

Deux fois nous avons observé une poussée de granulie aiguë, sous forme d'un semis de petits points gris transparents, proéminents sur toute la partie supérieure de la cornée.

Ces deux malades, l'une de 12 ans, l'autre de 65 ans, étaient restées 4 jours sans se faire panser, 10 jours seulement après l'opération. Quelques lavages antiseptiques et deux applications de pommade jaune ont remis les choses

en parfait état. Ces deux malades avaient eu la cornée brossée. Aujourd'hui leur guérison est parfaite.

Voilà donc l'état actuel de la question à notre point de vue, et nous avons la conviction que la thérapeutique des granulations conjonctivales, grâce aux découvertes de la bactériologie entre aujourd'hui dans une ère nouvelle qui verra peut-être arriver le jour où cette redoutable maladie ne sera plus qu'une curiosité pathologique, dans les milieux civilisés tout au moins.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne), 30, passage Verdeau, Paris.
